Lane Medical Library 188

Complikation von Carcinom beider Ovarien und des Peritoneums mit Gravidität.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 23. November 1889 Vormittags 11 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Martin Schubert

aus Althaldensleben

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Kaltenbach.**

Opponenten:

Herr Dr. med. **Renner,** Cursist.

Herr **Adolf Radeke,** Cursist.

Halle a. S.

Heynemann'sche Buchdruckerei (F. Beyer).

1889.

Imprimatur

Kaltenbach

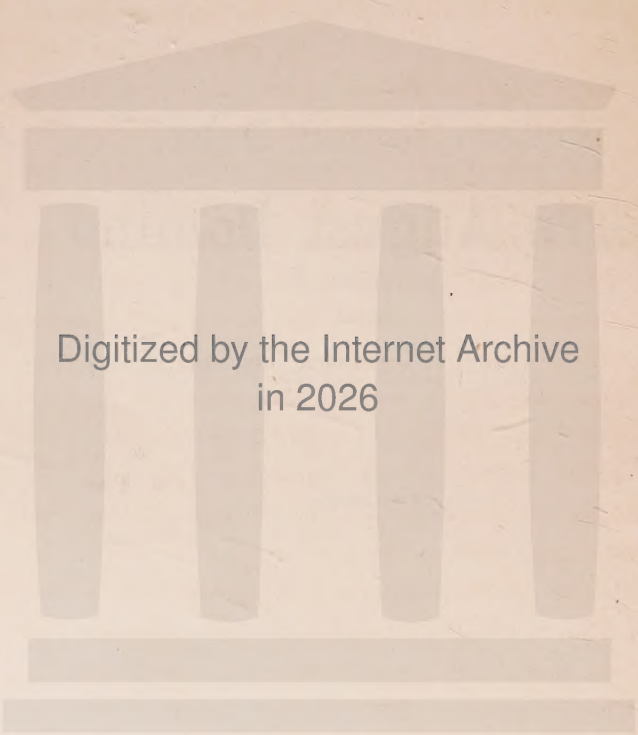
Decan.

Seinem teuren Onkel,

Herrn August Domine

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0179

Von den Ovarialtumoren nehmen die Kystome, was die Häufigkeit des Vorkommens anbelangt, entschieden die erste Stelle ein; die soliden Geschwülste werden bedeutend seltener beobachtet. Nach den Angaben von Spencer Wells, der jedenfalls die grösste Anzahl erkrankter Ovarien beobachtet hat, beträgt das Verhältnis der soliden Eierstockstumoren zu den Kystomen nur 1,5 %, nach Olshausen stellt sich dasselbe etwas höher, es beträgt nach diesem Autor ungefähr 5%.

Die soliden Eierstockstumoren können wir in 2 grössere Gruppen einteilen, in die desmoiden und die epithelialen; von den desmoiden finden wir hauptsächlich die Enchondrome, Endotheliome, Papillome, Fibrome und Sarcome, von den epithelialen fast allein die Carcinome. Es sind von diesen die am häufigsten auftretenden maligner Natur, besonders Carcinome, seltener Sarcome.

Nach einer Zusammenstellung Leopolds von 55 beobachteten Fällen solider Eierstockstumoren verteilen sich die Arten der Neubildung folgendermassen. Unter den einseitigen: 1 Enchondrom, 3 verknöcherte Tumoren, 5 Sarcome, 13 Carcinome, 13 Fibrome, und unter den doppelseitigen: 3 Fibroide, 7 Sarcome, 10 Carcinome. Es überwiegen also die malignen Tumoren ganz bedeutend die gutartigen und von ihnen sind wieder die häufigsten die Carcinome. Zugleich aber sehen wir aus obiger Tabelle auch, dass die malignen Tumoren sehr häufig doppelseitig vorkommen, und findet dieser Umstand seine Begründung eben in der Malignität

d. h. in dem Bestreben, auch andere Organe mit in den Bereich der Erkrankung zu ziehen.

Nach einer Zusammenstellung von Olshausen ist das doppelseitige Vorkommen der Carcinome noch viel häufiger; er findet unter 22 von ihm zusammengestellten und unter 6 von ihm selbst secierten, also im Ganzen 28 Fällen von Ovarialcarcinome, 16 doppelseitig. Dagegen finden wir die Kystom-Erkrankung nach den Angaben aller Autoren zumeist nur auf ein Ovarium beschränkt.

Es wird uns nach diesen Angaben nicht Wunder nehmen, wenn wir in der Litteratur so viele Fälle von Ovarialkystomen mit Gravidität, aber nur wenige von Schwangerschaft mit Ovarial-Carcinom finden. Es erklärt sich ja das daraus, dass die Kystome überhaupt viel häufiger Ovarial-Erkrankungen bilden, und dann ist auch leicht einzusehen, dass bei ihnen, die ja zumeist nur einseitig sind, die Ovulation weniger gestört sein wird und somit eine Conception leichter eintreten kann. Es kann das gesunde Ovarium vollständig die Funktion des kranken mit übernehmen, es wird die Conceptionsfähigkeit dadurch ebenso wenig aufgehoben sein wie durch die Exstirpation eines Ovariums, und dann finden wir ziemlich häufig auch selbst auf der Seite des Kystoms noch ovulierendes Gewebe erhalten. Wir finden freilich oft auch bei einseitiger Erkrankung Anomalien der Menstruation, Dysmenorrhoe, Metrorrhagie, selbst Amennorrhoe, die dann wohl aber durch Veränderungen bedingt sind, die auf mechanische Weise durch Druck von seiten des Tumors herbeigeführt werden, sei es nun eine komische Verlängerung des Cervicalteils der Gebärmutter mit Verengerung des Lumen, sei es hoher oder tiefer Stand des uterus selbst.

Anders steht es bei Carcinom, einer meist doppelseitigen Erkrankung. Es kann auch hierbei, sobald nur noch etwas

functionierendes Gewebe übrig bleibt, die Menstruation und somit auch die Conceptionsfähigkeit fortbestehen. In sehr vielen Fällen aber finden wir, dass gleich zu Anfang der Erkrankung oder doch in den späteren Stadien Amennorrhoe eintritt, selbst wenn noch functionierendes Drüsengewebe da ist. Es kann uns dies auch nicht befremden, denn wir dürfen nicht vergessen, dass bei der Malignität des Tumor der Körper bald so geschwächt und blutarm werden wird, dass die für die Menstruation nötige Hyperaemie der Sexualorgane nicht mehr möglich ist. Eine völlige Übereinstimmung über das Verhalten der Menstruation bei Ovarial-Carcinose ist noch nicht herbeigeführt und ist auch ganz unmöglich; wenn auch im Allgemeinen der Satz gilt, das Fehlen der Menstruation ist eines der ersten Symptome bei Carcinom der Ovarien, so dürfen wir demselben doch keine absolute Gültigkeit zusprechen, denn es lassen sich Fälle aus der Literatur anführen, z. B. der III. Fall von Wittrok (Diss. inaug. Erlangen 1879), in denen trotz carcinomatöser Degeneration der Ovarien die Periode bestehen blieb. Das Richtige werden wir ungefähr treffen, wenn wir sagen, in den meisten Fällen wird die Periode cessieren, es kann aber auch, so lange noch ein Rest normalen Gewebes da ist und so lange der Allgemeinzustand der Kranken noch eine menstruelle Hyperaemie ermöglicht und nicht auf mechanische Weise durch die Grösse der Geschwulst das Zustandekommen der Menstruation verhindert wird, die Menstruation und die Conceptionsfähigkeit ungestört fortbestehen. Ich werde auf diesen Gegenstand noch einmal zurückkommen.

Natürlich werden wir all die obigen Forderungen für das Fortbestehen der Menstruation nur selten bei Carcinom beider Ovarien erfüllt finden, und erklärt sich auch daraus, dass wir eine Complikation dieser Art mit Schwangerschaft

in der Literatur nur selten finden. Deshalb bin ich dem Vorschlag des Herrn Geh.-Rat Kaltenbach gern gefolgt, einen hierher gehörigen, von ihm selbst beobachteten Fall näher zu beschreiben.

Im Anschluss daran werde ich auch die Krankengeschichten der wenigen Fälle von Complikation von Carcinom beider Ovarien mit Gravidität aus der Litteratur, soweit mir dieselbe zugängig war, mit anführen.

I. Fall.

(Hewlett in med. chir. transact. Vol. XVII. 1832. pag. 226.)

Am Morgen des 25. August wurde ich zu einer Frau M. gerufen, die, wie man sagte, eine Frühgeburt hatte. Die Frau (35 Jahre alt, 6 partus vorher) war eben im 7. Monat der Schwangerschaft und hatte heftige Schmerzen an der Gebärmutter. Bei der Untersuchung per vaginam entdeckte ich, wie ich zuerst annahm, den Kopf eines foetus weit zurück und das ganze Becken ausfüllend, der vorliegende Teil schien der Scheitel zu sein; den Muttermund konnte ich nicht fühlen. Ausfluss irgend welcher Art nicht zu merken. Der Puls voll und schnell. Ich verordnete ruhige Lage, entzog aus dem Arm 16 Unzen Blut und gab eine Mischung von Extr. Conii mit Magnes. sulf. in kleinen Dosen. Die genaue Befolgung dieser Verordnung beruhigte die Schmerzen für 3 Tage, dann wurden sie wieder heftiger. Ich untersuchte wieder am 29. und 30.; da der Muttermund nicht erreichbar, verliess ich meine Patientin mit dem Eindruck, es handle sich um einen Fall von partieller Retroversion oder um eine Eierstocksgeschwulst. Die Schmerzen dauerten fort, Patientin bekommt Opium. Am 21. September Dr. Locok zu Rate gezogen. Nach genauer Untersuchung glaubte dieser einen Teil des Nuttermundes zu fühlen hoch oben. Was die Geschwulst

anbetraf, waren wir beide der Meinung, es handle sich eher um eine Eierstocksgeschwulst als um einen retrovertierten uterus. Durch Palpation konnten die Grenzen des uterus festgestellt werden, im linken Hypochondrium fühlte man getrennt vom uterus eine harte Geschwulst, augenscheinlich in Flüssigkeit schwimmend. Die Beine waren sehr geschwollen, besonders das linke. Dr. Locok empfahl die Anwendung von Abführmitteln, Ruhe und Fortsetzung des Opium. Die Patientin fühlte sich durch die Abführmittel erleichtert, die Geschwulst der Beine wurde geringer. Doch dauerte das nicht lange; die Beine und Labien schwollen wieder, ich stach sie deshalb an und durch den starken Wasserabfluss fühlte sich Patientin gebessert. So blieb es bis 6. Oktober, von da ab Schwierigkeiten und Schmerzen beim Urinlassen, deshalb häufig Katheterismus. An demselben Tage kehrten die Gebärmutterschmerzen mit Häufigkeit, Regelmässigkeit und Stärke zurück. Muttermund nicht fühlbar. Am 7. die Schmerzen noch stärker; deshalb zu Dr. Merriman geschickt. Dieser glaubte einen Teil des Muttermundes zu fühlen, gab sein Urteil dahin ab, dass es sich handle um eine partielle retroversio uteri oder auch um einen Ovarientumor und empfahl die Fortsetzung des Opium und leichte nahrhafte Diät. Patientin schon sehr stark geschwächt, Atmung erschwert, Beine stark geschwollen; Kindesbewegungen von Mutter nicht mehr gefühlt. Am 8.—11. leichter Ausfluss einer gelblichen eiterähnlichen Flüssigkeit. Sonst keine Änderung; es blieb dieselbe unnachgiebige Geschwulst unten im Becken, gleichsam mit dem rectum zusammenhängend, vorgedrungen bis zum os pubis und kaum einen Finger zwischen sich und os pubis durchlassend. Am 11. gegen Abend begannen die Schmerzen wieder mit grosser Regelmässigkeit alle 10 Minuten, gegen Morgen liessen sie nach.

Am 12., morgens 7 Uhr Ausfluss von schmutzig sehendem Wasser (liq. amnii). Bald darauf untersuchte ich wieder, aber alles wie vorher. Abends 10 Uhr Wehen; nachts werden sie regelmässig. Am 13. nachts 1 Uhr werden sie häufiger und stärker, Muttermund oder irgend ein Teil der Gebärmutter nicht zu fühlen, Puls klein und schnell, Allgemeinbefinden schlecht. Es scheint deshalb nichts übrig zu bleiben als die sectio caesarea. Vorher noch zu Dr. Locok geschickt, derselbe kam 7 Uhr morgens; ich fand bei meiner Untersuchung jetzt nichts verändert. Muttermund nicht zu fühlen, die vorliegende Geschwulst unbewegt. Bevor Dr. Locok untersuchte, katheterisiert; diesmal schwierig, während es vorher immer leicht gewesen war. Charakter der Wehen verändert. Gleich bei seiner Untersuchung konstatiert Dr. Locok, dass der Kopf schnell niederkomme, die Geschwulst war auf eine Seite geschoben; es stieg nun der Kopf schnell tiefer, um 10 Uhr war der foetus geboren, die Nachgeburt folgte schnell nach.

Das Kind war ganz faul, der Kopf vollständig getrennt und aufgebrochen, und diesem Umstande ist die schliessliche spontane Geburt zuzuschreiben. Eine Untersuchung kurz nach der Geburt zeigte die Geschwulst auf der rechten Seite genau in derselben Lage, wie vor der Geburt, die linke war deutlicher zu fühlen und nach dem Unterleib herabgesunken.

Am 13. abends. Ausdehnung des Abdomen stärker als vor der Geburt, teils herrührend von Flüssigkeitsansammlung, zum grössten Teil verursacht durch die Grösse der Geschwülste. Patientin etwas geschlafen, Nahrung bei sich behalten.

Am 14. ein Abführmittel. Reinigung des übelriechenden Lochialflusses. Am 15. und 16. keine Verschlimmerung der Symptome, Unterleib gleich stark ausgedehnt.

Am 18. Schmerzen stärker, Atemnot grösser. Puls klein und schnell, Haut heiss. 16 Unzen Blut aus dem Arm abgelassen, 2,0 extr. opii verordnet. Danach Schlaf. Dann aber wieder starke Schmerzen und Atemnot. Umfang des abdomen 38 Zoll, Am 19. Patientin hat unruhig geschlafen, Atem beschleunigt, Schmerzen noch stärker. Umfang des abdomen 41 Zoll. Deshalb Punktion, $5^1/_2$ Pfund Flüssigkeit entleert. Bedeutende Erleichterung. Atmen weniger beschwerlich, kurzer Schlaf.

Am 20. unaufhörliches Erbrechen.

Am 21. kleine Besserung des Zustandes.

Am 22. Patientin in jeder Hinsicht behaglicher, Magen behält etwas arrow-rot bei sich. Schmerz geringer. Umfang des abdomen 43 Zoll. Patientin körperlich stark geschwächt.

Am 23. Morgens 8 Uhr Tod.

Sectionsbefund. Der Körper stark abgemagert, die Beine stark geschwollen. Das linke Ovarium in eine grosse, feste, kranke Masse verwandelt, liegt in der linken fossa iliaca und reicht bis zum Zwerchfell und hat die Form einer bösartigen Geschwulst von schnellem Wachstum. Auf der rechten Seite im Becken war das andere Ovarium von derselben Krankheit ergriffen und bildete die Geschwulst, die vorher gefühlt wurde und die Geburt des Kindes so sehr hinderte, sie füllte die Höhlung vollständig aus und lag fest an dem Knochen des Beckens.

Der uterus ruhte auf der letzten Geschwulst. Die Eingeweide teilweise heftig entzündet. Der Pylorus des Magens verdickt und in einem Zustande von Scirrhus.

Die ureteren erweitert.

Im abdomen 2 Pfund serum, in der linken Brustseite 4 Pfund.

Das Gewicht der Geschwülste wurde auf 17—18 Pfund geschätzt.

II. Fall

(von Otto Spiegelberg. Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 30. pag. 380. 1874).

Die 36jährige Zweitgeschwängerte wurde am 30. März morgens von 2 Knaben entbunden; die Geburt des ersten 2 Pfund 19 Lot schweren und 37 cm langen Kindes erfolgte in zweiter Steisslage spontan; das zweite, 2 Pfund 5 Lot schwer und 36 cm lang, präsentierte sich in Kopflage mit Vorfall der Nabelschnur, einer Hand und eines Fusses und wurde, nachdem eine zweite Steisslage hergestellt war, unter Nachhilfe ebenfalls leicht ausgestossen, während des Durchtrittes war es aber abgestorben. Das lebend geborene starb noch an demselben Abend. Die Anhänge waren völlig doppelt und folgten den Früchten rasch nach. Blutung trat nicht ein.

Abends entwickelte sich, nachdem eine Stunde grösserer Unruhe voraufgegangen war, sehr rasch sopor, von stillen Delirien unterbrochen. Die Respirationsorgane und Herz zeigen sich frei; der Bauch weich, der uterus gut contrahiert und bedeutend nach der linken Seite gesunken; in der rechten Unterbauchgegend liegt ein faustgrosser, ovaler, auf Berührung empfindlicher Tumor, dessen leicht zu effectuierenden Bewegungen der uterus nicht folgte; von der Scheide aus ist derselbe nicht zu erreichen. Der Urin ist sehr spärlich, dunkelrot und trübe, sehr eiweissreich; die Füsse leicht oedematös, Kalte Überschläge auf dem Kopf, Essigklysma, Kali tartar.

21. morgens ist das sensorium etwas freier, der Kopf indess noch sehr benommen. Aussehen stupid, Blick starr, Pupille weit und reagierend. Die Zunge wird zitternd hervorgestreckt. Puls 90. Temp. 39,1°. Abends bedeutende Congestiv-Erscheinungen nach dem Hirn, grosse Unruhe. Puls voll 124 Temp. 40,2°. Die Urinmengen sehr gering.

der Eiweissgehalt bedeutend. Reichlicher Genuss von Citronensaft.

Vom 22. an lassen die geschilderten Symptome nach mit dem Auftreten grösserer Mengen Urins, der von da ab Eiweiss verliert. Puls 118. Temp. 39,4°.

Am 23. tritt bei reichlicher Diurese Durchfall ein. Puls 110. Temp. 39,6. Am 24. und 25. anscheinend fortschreitende Besserung bei anhaltender Diarrhoe. Der Puls allmählich schwächer geworden, Appetit gut. Fleischbrühe, Wein, Pulv. Doveri. Puls 88. Temp. 38,9°. Am 25. Puls 90. Temp. 39,3°.

26. Von Seiten des Gehirns sind Störungen nicht mehr eingetreten. Urin reichlich, aber noch eiweisshaltig. Die Kranke klagt über keinerlei Beschwerden als Durchfall; Appetit gut, Leib weich und nicht aufgetrieben, der uterus contrahiert und bedeutend gegen das kleine Becken herabgesunken. Der Wochenfluss dünn, eitrig. Der rechtsseitige Tumor ist nach wie vor unverändert zu fühlen; auch links ist jetzt, wo der uterus soviel kleiner geworden, links und neben ihm eine auf Druck empfindliche Geschwulst, aber nur undeutlich zu erkennen. Puls 100. Temp. 39,9°.

Abends wird der Leib schmerzhaft und die Unterbauchgegend meteoristisch. Nachdem unter dem Gebrauch von Kataplasmen und Opium, sowie Morphium-Injectionen diese Erscheinungen sich zu bessern anfingen, tritt am 27. Abends ein Schüttelfrost auf. Puls klein und contrahiert, Haut wie Zunge heiss und trocken, der Leib sehr empfindlich und meteoristisch und bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels lässt sich schon Exzudat nachweisen. Kataplasmen, Morphium.

27. Puls 114. Temp. 38,7°.

28. Das Exsudat steigt rasch, der Leib treibt sich noch stärker auf, die Diarrhoe wird profus; die Respiration ist

langsam. Der Puls klein und dünn. Die Schmerzen geringer, aber der Verfall bedeutend. Wein, liq. Ammonii. Puls 128. Temp. 39,2 °.

Am 29. (Puls 130, Temp. 38,9 °) und am 30. (Puls unzählbar, Temp. 38,5 °) massenhafte Zunahme des Exsudats. Lähmungen des Darmrohres; unter den Erscheinungen der Erschöpfungen erfolgt bei freiem Bewusstsein der Tod.

Sectionsbefund In der Bauchhöhle eine Menge grünlich, grauer, trüber, sehr übelriechender, mit gelblichen Exsudatflocken gemischter Flüssigkeit, deren grösster Teil in der Beckenhöhle angesammelt ist. In der Höhe der Darmbeingrube ihnen nahe liegt jederseits ein blutig suffundierter mit Fibrin-Niederschlägen bedeckter Tumor von Nierenform mit convexem äusserem und concavem innerem Rande und gleichmässig gewölbter Oberfläche; der grössere rechtsseitige misst in Länge 20, in Breite 12 und in Dicke 4 cm, der linksseitige 15, 10, 4. Die unterste Partie ist durch eine seichte Furche als ein dünner Lappen abgesondert. Die Geschwülste gehen vom breiten Bande aus, welches als ein 3—4 cm langer Stiel sie beweglich mit dem uterus verbindet, vor ihm laufen innig mit ihm verwachsen die Tuben, deren Fimbrien frei sind. Vom normalen Ovarium ist keine Spur aufzufinden. Der uterus ist 12 cm lang, 12 breit; er ist nirgends adhaerent, seine serosa nicht injiciert und nicht trübe. Auf dem Beckengrunde des Bauchfells heften nirgends Exsudat-Niederschläge. Der Darm mit wenigen Exsudatflocken bedeckt, die Milz klein, brüchig, die Leber nicht geschwellt, beide Nieren klein.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein myosarcoma carcinomatosum haemorrhagicum beider Ovarien.

Im Zusatz zur Krankengeschichte finden wir anamnestisch noch, dass Patientin vor der Gravidität von Geschwülsten im Leibe nichts bemerkt hat.

III. Fall

(Leopold „Die soliden Eierstocksgeschwülste“ Archiv für Gynaek. 1874.)

Frau M., zarter Konstitution, bis zu ihrer Erkrankung aber immer kräftig und von gesunder Gesichtsfarbe, gebar im 26. Jahre das erste, im 34. das zweite Kind. Von da an war sie nicht regelmässig menstruiert, so dass, als in ihrem 35. Jahre (Mitte 63) die Menstruation wegblieb, sie nicht wusste, ob sie schwanger sei. Nachdem gegen Mitte Dezember die leichte Niederkunft von einem etwa 6 monatlichen Kinde erfolgt war, blieb der Leib noch sehr stark und fest.

Die ärztliche Diagnose schwankte in der Diagnose in der ersten Zeit zwischen Zwillings- resp. Extrauterinschwangerschaft und einem Eierstockstumor, entschied sich aber bald für das letztere. Eine Kyste wurde durch den Versuch einer Punktion ausgeschlossen.

Die Frau war bis zu ihrer Niederkunft trotz ziemlich vieler Beschwerden infolge der Last des Tumor und des Druckes auf Blase und Mastdarm doch meist herumgegangen. Nach der Entbindung aber hat sie bis zu ihrem Tode (7. Februar) fast immer gelegen. Sie starb unter hydropischen Erscheinungen.

Die Section ergab ausser Wasseransammlung in Brust und Unterleib keine anderen schweren Erkrankungen; insbesondere keinen Krebs in anderen Organen. Der uterus erschien wie zwischen die beiden degenerierten Ovarien hineingezwängt, verzerrt und verkümmert. Die uterus-Höhle war durch diese Umfassung so klein, dass sie kaum einen foetus von 2 Monaten hätte fassen können. Beide Eierstöcke mannskopfgross, walzenförmig, knollig, ganz solide Geschwülste, ziemlich glatte serosa, nirgends Adhaesionen. — Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: Medullarcarcinom.

IV. Fall

(Hempel. Archiv für Gynaekologie. VII. 1875).

Am 26. Oktober vor. Jahres trat eine 42jährige Frau kreisend in die Anstalt ein, die 5 mal abortiert, 10 mal reife Kinder geboren hatte. Sie hatte sich bis zum Beginn der jetzigen Schwangerschaft immer wohl befunden, war regelmässig menstruiert und erinnert sich keines ernsten Unwohlseins. Erst in der jetzigen Schwangerschaft bemerkte sie eine abnorm starke Ausdehnung des Leibes, die ihr mancherlei mechanische Beschwerden machte. Sie brachte diese Störungen mit ihrer Schwangerschaft in Zusammenhang und glaubte an Zwillinge.

Bei der Untersuchung fand sich ein starker Hängebauch mit ausgedehnten Venen und von einem beträchtlichen Umfange. Der uterus lag median und über ihm fühlte man rechts durch eine Furche von ihm getrennt einen glatten resistenten Tumor, links einen ähnlichen kleineren. Der nächste Gedanke, die Geschwülste für die dislocierte Leber und Milz anzusprechen, wurde durch die percutorisch nachweisbare normale Lage der genannten Organe widerlegt. Es konnten deshalb nur Tumoren der Eierstöcke, pendulierende Fibroide des uterus und Geschwülste des Netzes in Frage kommen; doch sprachen Anamnese (rasche Entwicklung) und Befund am meisten für Ovarialtumor, sowie das relativ gute Allgemeinbefinden der Frau gegen einen malignen Charakter derselben.

Die Geburt verlief ohne Störung, das Kind war reif, womit auch die Aussagen der Mutter betreffs der Menstruation übereinstimmten. Das Puerperium blieb ungestört. Die Wöchnerin stillte trotz geringer Entwicklung der Brüste und wurde am 8. November entlassen. Bei der Tags vorher vorgenommenen Untersuchung bestätigte das Verhalten der Tumoren wiederum die Annahme ihres ovariellen Ursprungs

sie waren frei beweglich und durch eine tiefe Furche vom uterus abzugrenzen, letzterer noch relativ gross, anteflectiert.

Bald aber steigerten sich die Beschwerden wieder, es stellten sich mit auffallender Vorgrösserung des Leibes starke Schmerzen in demselben ein, Appetitmangel, unregelmässiger Stuhlgang, Störungen, welche die Kranke am 24. November wieder der Klinik zuführten.

Patientin ist stark abgemagert, die Anschwellung des Leibes hat zugenommen. War auch etwas ascites zu constatieren, so lag der Hauptgrund für die Vergrösserung des abdomen in dem entschiedenen Wachstum der Tumoren: sie waren wie früher leicht beweglich und zeigten eine unregelmässige, mit rundlichen Höckern besetzte Oberfläche. Der uterus, der noch etwas gross und nach vorn gedrängt war, participierte deutlich, aber nur wenig an ihren Bewegungen, ein Befund, der zwar noch immer mit grösster Wahrscheinlichkeit für Ovarialtumoren sprach, aber die Möglichkeit, dass es sich um gestielte Fibroide handle, nicht ausschloss.

Da die Exstirpation in Frage kam, wurde am 26. November in Chloroformnarkose die hohe Rectal-Untersuchung vorgenommen. Die Einführung der Hand war nicht schwer, der untere Teil des rectum ziemlich weit, doch war der Eingang zu seinem oberen Teil nicht aufzufinden, und obwohl man hinter dem nach oben gedrängten uterus kleine bewegliche Knoten deutlich tastete, drängten die Tumoren nirgends soweit vor, um ihren Ursprung und Zusammenhang erkennen zu lassen. Beim Zurückziehen der Hand floss hellbraunes dünnes Serum ab, noch reichlicher, als die Untersuchung wiederholt wurde. Da gleichzeitig der Leib etwas zusammensank und die Tumoren deutlicher fühlbar wurden, war es unzweifelhaft, dass eine Perforation des rectum in das abdomen

stattgefunden hatte. An die Rectal-Untersuchung schloss sich die bimanuelle Vaginalexploration an, wobei die Narkose eine recht tiefe Palpation ermöglichte. Durch diese fühlte man den uterus rechts gelagert, nach vorn geneigt und von jeder oberen Ecke einen breiten, festen, gespannten Strang abgehen, der, ziemlich einen Finger lang, die Verbindung mit den Tumoren vermittelte. Diese stellten sich als knollige, feste und bewegliche Körper dar, deutlich von Leber und Milz abzugrenzen. Im Hypogastrium Fluctuation. Demonstrandi causa nach Probepunktion gemacht und eine dünne hellgelbe Flüssigkeit entleert, die keine ovariellen Bestandteile besitzt.

Am Morgen des 27. trotz reichlicher Gaben Opium Stuhlgang. Am Mittag geringe Empfindlichkeit des Leibes, Fieber und zweifellose Symptome einer jauchigen Peritonitis.

Tod 30. November unter zunehmendem Kollaps.

Diagnostisch wurde an der Verletzung des rectum als causa peccans festgehalten und neben dieser der Punktionsstich und das Kneten des Bauches für die Ursache des stürmischen Verlaufes angesprochen.

Sectionsbefund. In Pylorusgegend des Magens fand sich eine ca. 1 cm im Durchmesser haltende Perforationsöffnung, die von einem breiten, derben, an seinen Rändern arrodierten Walle umgeben, eine freie Communication mit der Bauchhöhle darstellte. Zwischen Leber und Zwerchfell mit letzterem zusammenhängend, mehrere hühnerei- bis kirschengrosse Geschwülste von derber Consistenz und rötlichweisser Schnittfläche, ähnliche nur kleinere Knötchen fanden sich in der Leber und vielfach im Mesenterium und der Darmserosa. Beide Ovarien waren in kindskopfgrosse, knollige Tumoren verwandelt, die annähernd die normale Lage und Form des Organs beibehalten und auf beiden Seiten die Tuben intact gelassen hatten; rechts lag die Geschwulst

mehr nach hinten zu, links hatte sie sich zwischen beide Platten des breiten Mutterbandes hineinentwickelt. Die Schnittfläche zeigte bei beiden ein rötlich-weisses, an manchen Partien consistentes, an andern brüchiges, fast schleimiges Gewebe; ein Rest normaler Substanz liess sich nirgends finden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab für Magen und Ovarium ein einfaches Carcinom. Den Ausgangspunkt der Erkrankung bildet jedenfalls das Carcinom des Magens.

V. Fall

(aus der Klinik des Herrn Geh.-Rat Prof. Kaltenbach).

Frau Dor. M. 40 a., hat 5 mal geboren, zum letzten Mal vor 2 Jahren; Wochenbette stets normal. Abortiert hat sie einmal vor 3 Jahren. Mit 17 Jahren zuerst menstruiert, menses stets regelmässig, vierwöchentlich, schmerzlos, stark, 8 Tage anhaltend. Seit Mitte März dieses Jahres Menopause.

Aufgenommen in die hiesige Klinik am 16. Juni.

Anamnese. Früher stets gesund. Seit 5 Jahren Verdauungsbeschwerden: Erbrechen, bedeutende allmähliche Abmagerung (Abnahme des Körpergewichts 32 Pfund). Seit einem Jahre Erbrechen etwas spärlicher. Vor 3 Jahren einmaliges Erbrechen kaffeesatzartiger Massen. Stuhl zeitweise hart. Urin angeblich vorübergehend bluthaltig, jetzt normal. Seit 3 Monaten stechende Schmerzen im Unterleib links seitlich. Starke Abmagerung und Schwäche. Seit 2 Monaten Zunahme des Leibes bemerkt. Schon im Winter Tumor links gefühlt, Übelkeit, Erbrechen. Patientin glaubt sich gravid wegen Menopause, sonst keinen subjectiven Graviditätsempfindungen. Starke Blähungsbeschwerden. Mammae nihil. Urin etwas trüb, etwas trüb, eiweissfrei.

Äussere Untersuchung. Blasse Frau, stark kachektisches Aussehen, Dyspnoe, starke Abmagerung,

abdomen stark halbkuglig ausgedehnt. Haut weiss-glänzend. Venenektasien.

Percussionsschall wechselnd. Lumbalgegend stets frei von Dämpfung. Letztere ist besonders ausgesprochen linkerseits bis etwa 3 Finger breit über dem Nabel. Rechte Seite grösstenteils: Meteorismus, Tympanie. Durch Lagewechsel wird keine nennenswerte Änderung hervorgerufen. Vom 19. Juni im ganzen Bereich des abdomen Dämpfung, nur nicht in den Lumbalgegenden (hinterste Abschnitte). Aus Allem — Form des abdomen, Fluctuation auch an Stelle des tympanitischen Percussionsschalles, raschem Wachstum — auf einen freien Erguss im abdomen zu schliessen.

Innere und combinierte Untersuchung. Portio etwas vergrössert, collum verdickt. Uterus nach dem Verlauf des Cervix zu schliessen, anteflectiert, sein fundus nicht abzugrenzen. Links neben und hinter dem uterus wird die Scheide durch harte Tumoren herabgedrängt. Es wird angenommen, dass es sich handelt um: ascites, und als Ursache desselben um eine maligne, eventuell schon disseminierte Neubildung, deren Ursprung fraglich, sowie vielleicht um Gravidität.

Am 20. Incision wegen der Dyspnoe und zur Ablassung des ascites. Nach Ablassung des dunkelgelben, klaren, nicht blutig gefärbten ascites wölben die Bauchwand links, drei Finger breit unterhalb des Rippenbogens, knollige Tumoren vor, die sich, ein grosses Conglomerat von drüsigen Knollen längs des ganzen Rippenbogens bis zu dem der rechten Seite hinziehen und besonders erheblich im epigastrium sind. Die Inspection der Bauchhöhle ergiebt, dass die intestina zum Teil verklebt sind und besonders im Bereiche des Netzes und am Pylorus starke Knotenbildung vorhanden ist. Das gesammte Peritoneum, auch der viscerale Teil ist besetzt von

klein - hirsekorngrossen bis erbsengrossen zum Teil noch grösseren Tumoren. Letztere im Douglas zu fühlen, uterus weich, medianliegend, gravid: mens. IV. Auch auf Peritonealüberzug des uterus eine Menge kleiner Knötchen sichtbar. Bei der vorgeschrittenen Peritonealcarcinose und der Gravidität wurde auf genauere Untersuchung der Beckenhöhle verzichtet. Darauf Peritonealnaht, Bauchnaht, Verband.

21/VI. Ernährung die übliche, Wein, Kaffee, Thee mit Cognak. Katheterismus, Morphium. Nacht ruhig.

22/VI. Urin spontan. Blähungsbeschwerden. Leib meteoristisch aufgetrieben. Morphium. Puls 84. Temp. 36,6°.

23/VI. Nacht unruhig. Aussehen verfallen. Puls klein, frequent 120. Leib stärker aufgetrieben. Urin dunkel, eiweissfrei. Blähungen gehen nicht ab. Aufstossen und Ausspeien der genossenen Flüssigkeit ohne Würgbewegung. Morphium. Temp. 37,5°.

24/VI. Keine Blähungen. Urin trübe, kein Eiweiss, zahlreiche Plattenepithelien, spärlich Blasenepithelien. Nacht unruhig, stetiges Aufsteigen und Ausspucken des Genossenen Puls sehr frequent: 138. kaum fühlbar. Aussehen verfallen, Somnolenz. Erbrechen dauert fort. 4 Weinklysmata, 3 mal 0,2 Coff. natr.-salicyl. Puls besser. Leib sehr stark aufgetrieben. Rechtsseitige Parotitis. Fortwährendes Erbrechen Zeitweilig abends Befinden ausserordentlich schlecht, morgens auffallende Besserung des Pulses u. s. w. Sensorium zeitweise benommen, einigemal Delirien, nachts stets unruhig.

24/VI. P. 138. T. 38,3.

25/VI. Morgens P. 168. T. 38,5.
Abends P. 120. T. 37,1.

26/VI. Parotitis sinistra. Kranke erhält Weinklysma, Äther mit Kampher, Morphium. Morgens P. 120. T. 37,9. Abends P. 138. T. 38,2.

27/VI. Morgens P. 132. T. 38,2.
Abends P. 132. T. 38,2.

28/VI. Morgens einige Stücke Blut per vaginam abgehend, mittags wird die Frucht ausgestossen. Angeblich keine Wehenschmerzen. In anbetracht des stark kachektischen Zustandes wird die Placenta nicht entfernt. Vaginale Ausspülungen mit kali permaganicum. P. 130. T. 38,8.

29/VI. Unwillkürlicher Urinabgang, morgens P. 120. T. 37,4. abends P. 120. T. 37,6.

30/VI. Ausstossung der sehr übelriechenden Placenta. Blutungen haben nicht stattgefunden. Pat. immer mehr abgemagert. Morgens P. 132. T. 37,2. abends P. 120. T. 37,8.

1/VII. Pat. stirbt $5^3/_4$ h. a. m.

Sectionsbefund. Mittelgrosse, stark abgemagerte weibliche Leiche.

Abdomen stark hervorgewölbt; 3 cm unterhalb des Nabels beginnend verlaufen in der Mittellinie alte striae und stecknadelkopfgrosse, dünnwandige Bläschen mit wasserklarem Inhalt. Ödeme fehlen. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, dass das Peritoneum parietale mit den vorliegenden Darmschlingen in weiter Ausdehnung verklebt ist; nach Trennung der Verklebungen zeigen sich die genannten Häute mit zahllosen, blassgrauen Knötchen von Hirsekorn- bis Stecknadelkopfgrösse übersät. In den abhängigen Partien der Bauchöhle klare, seröse Flüssigkeit.

Rechte Lunge an der Basis und Hinterfläche des Oberlappens durch leichte Adhäsionen mit der pleura costalis verbunden. Linke Lunge, im Oberlappen nahe der Spitze, findet sich ein haselnussgrosser Heerd, gebildet aus einer Gruppe miliarer grauer Knötchen, in deren Mitte ein etwa

linsengrosser, weisslicher Heerd. Paranchym blutreich, ödematös, Unterlappen hypostatisch. In den Bronchien schaumige Flüssigkeit, Schleimhaut leicht gerötet. Unterlappen und abhängige Partien des Oberlappens luftleer; Schnittfläche im Oberlappen Gruppen von weissgrauen miliaren Knötchen.

Magen mässig aufgetrieben, im Pylorusteil und zwar unmittelbar vom Pylorus beginnend in Ausdehnung eines Handtellers ist die Wand verdickt; von fester Consistenz, die Schleimhaut trägt in der Pylorusgegend einen wallnussgrossen Geschwulstknoten.

Linke Niere normal gross, ziemlich fester Consistenz, Mark und Rinde ziemlich scharf abgesetzt, glomeruli blass Rinde blassgrau, Mark graurot, in der Marksubstanz kleine weisse Knötchen.

Rechte Niere grösser, Rand deutlich trübe, graugelblich.

Uterus Grösse einer Mannsfaust, Wand schlaff, Innenfläche ausgekleidet mit schmutzig roten, membranösen Auflagerungen, unter dem die Schleimhaut ein ziemlich graues Aussehen zeigt. Musculatur selbst von kleinen blassen Knötchen teilweise durchsetzt.

Linkes ovarium in eine klein-faust-grosse harte Tumormasse verwandelt, offenbar keine follikel enthaltend. Tube verwachsen, mehrfach abgeknickt, jedenfalls nicht durchgängig.

Rechtes ovarium etwas kleiner, aber auch grösstenteils degeneriert. Nur in diesem kann sich das corpus luteum befinden.

Beide ovarien höckerige Oberfläche.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Carcinom beider ovarien, des Peritoneems, des Magens und des uterus; im Magen Carcinom jedenfalls primär.

Einen Beleg für die Möglichkeit der ungestörten Conceptionsfähigkeit trotz carcinomatöser Entartung der ovarien liefert uns wohl unstreitig Fall I, II, IV und V. Bei der kurz nach der Geburt weit vorgeschrittenen Degeneration beider ovarien im Fall I und II werden wir nicht anstehen, den Anfang der Erkrankung vor die letzte Gravidität zu verlegen, und bei Fall III und V müssen wir bei der kurzen Dauer der Schwangerschaft, im ersten 6 im andern nur 3 Monate, sicher annehmen, dass schon vor der Conception die Eierstöcke krankhaft afficiert waren. Im Fall III weist auch darauf hin die Angabe der Patientin, dass sie schon seit längerer Zeit nicht regelmässig menstruiert gewesen sei, eine Angabe, deren Grund nur in der Erkrankung der Ovarien gefunden werden kann. Es bestätigen also diese Fälle das oben in betreff der Conceptionsfähigkeit Gesagte vollständig wir sehen, dass trotz der carcinomatösen Degeneration der Ovarien, die wohl im Fall III und V schon ziemlich weit vorgeschritten war, die Conception noch stattfinden konnte, es war eben noch genug gesunden Drüsengewebes da, um die Ovulation zustande kommen zu lassen. Bei Fall IV muss die Frage, ob schon bei der Conception die ovarien afficiert gewesen seien, eine offene bleiben; jedenfalls haben wir keinen bestimmten Anhalt für diese Annahme.

Die Diagnose der Complikation von Gravidität mit Carcinom beider Ovarien gehört zu den allerschwierigsten, ja wird in den meisten Fällen überhaupt ganz unmöglich sein. Das plötzliche Ausbleiben der Periode kann für beides sprechen; wir sehen es bei carcinom und andererseits natürlich auch bei Gravidität und haben also daran keinen bestimmten Anhalt weder für das eine noch für das andere. Das abdomen kann in beiden Fällen stark ausgedehnt sein und es macht dann die starke Spannung der Bauchdecken meist eine

sichere bimanuelle Abtastung unmöglich, zumal die Patienten, da die Periode ausgeblieben, alle Beschwerden mit der Gravidität zusammenbringen und meist erst sehr spät einen Arzt consultieren.

Nur in den Fällen, was freilich sehr selten vorkommen wird, in denen wir bei stark ausgedehntem abdomen den fundus uteri deutlich als vergrössert abgrenzen können und daneben, vielleicht noch durch Furchen getrennte, doppelseitige Tumoren, wird es leicht sein. Freilich bleibt dann immer noch die Frage, haben wir es mit cystösen oder festen Tumoren zu thun; für feste Tumoren spricht ein vorhandener Ascites, aber eine sichere Entscheidung kann nur die Incision bringen, denn ein Nachweis von Fluctuation oder Härte ist bei den erschwerten Verhältnissen meist unmöglich. Auf eine Malignität der Geschwulst kann nur geschlossen werden, wenn wir zugleich auch eine ausgesprochene Kachexie vorfind n und das ist, wie Fall IV beweist, keineswegs immer so. Es kann uns deshalb auch nicht wundern, dass wir in den angeführten Fällen eine ganz sichere und bestimmte Diagnose in keinem einzigen finden. In unserem Falle war freilich durch Dr. Keil die Vergrösserung und charakteristische Weichheit des uterus nachgewiesen und Gravidität vermutet worden Als später starker ascites hinzutrat und das Fühlbarsein harter Tumoren und das anhaltende Erbrechen auf eine maligne Neubildung hinwiesen, wurde die Diagnose der Gravidität wieder zweifelhaft, zumal die genaue bimanuelle Abtastung unmöglich und der Befund in mammis negativ war.

In welcher Weise gestaltet sich nun die Schwangerschaft bei bestehender Complikation? Sind die Geschwülste gross und nicht verwachsen, so wird sie der sich vergrössernde uterus mit aus dem Becken heraus in den Bauchraum drängen. Es wird dann die durch den vergrösserten uterus

schon an und für sich bedingte Ausdehnung des abdomen noch verstärkt werden. Durch das in die Brusthöhle hinein gedrängte und durch den intraabdominellen Druck in seiner Funktion beeinträchtigte Diaphragma wird die in späteren Stadien normaler Gravidität so wie so schon gestörte Respiration noch mehr erschwert werden; wir finden deshalb oft die äussersten Grade von Kurzatmigkeit, ja selbst Dyspnoe. In Folge des Druckes auf die grossen Unterleibsvenen wird es zu Cirkulationsstörungen und secundärer Blutstauung, zu ascites, zu venenektasien in den unteren Extremitäten und Ödem daselbst kommen, durch Druck auf die Nervenstämme entstehen lancinierende Schmerzen in den Beinen und oft wehenartige im abdomen selbst. Wir können uns deshalb nicht wundern, wenn den Kranken gar bald die Verrichtung selbst der kleinsten Arbeiten zu beschwerlich, ja das Umhergehen ihnen infolge der Schwere im Leibe unmöglich wird. Jede stärkere Nahrungsaufnahme wird von Erbrechen gefolgt sein und dadurch der Kräftezustand immer mehr abnehmen. Infolge des Druckes auf den Mastdarm wird es zur Stuhlverstopfung kommen, auch die Blase wird in ihrer Ausdehnung verhindert sein und infolgedessen häufiger Harndrang da sein.

Die letztgenannten Beschwerden werden natürlich noch viel grösser, wenn die Tumoren klein und im Becken schon Verwachsungen eingegangen sind und deshalb bei der Vergrösserung nicht mit in den Bauchraum emporsteigen können sondern im Becken liegen bleiben. Wir finden dann die Tumoren meist im Douglas, so dass der Druck von ihnen direkt auf den Mastdarm einwirkt und den Durchtritt der faeces mechanisch abschliesst; das lumen der urethra wird dabei leichter verengt oder ganz und gar verschlossen werden, und es entsteht so nicht selten vollständige Harnverhaltung, der dann nur durch regelmässigen Katheterismus abgeholfen werden kann.

Bei der Grösse und der Doppelseitigkeit der Tumoren in unseren Fällen ist es selbstverständlich, dass hier die genannten Beschwerden meist sehr stark ausgeprägt sind und in keinem gänzlich fehlen; am stärksten und zwar alle zusammen finden wir sie im ersten.

Der wachsende uterus selbst wird bei gleichzeitigem Vorhandensein der Tumoren eine fortwährende Compression erleiden, die seiner Funktion als Fruchtbehälter sehr schädlich ist, einen fortwährenden Reizzustand für denselben unterhält und häufig einen frühzeitigen Abort veranlasst. Liegen die Tumoren im Becken selbst, so können sie den uterus zur Seite schieben, liegen sie im Douglas, so kann es sich — wofür ein Beispiel Fall I zu sein scheint — ereignen, dass sie die portio vaginalis gegen die symphyse drängen und infolgedessen der fundus uteri nach hinten sinkt, derselbe im Becken eine horizontale Lage einnimmt, also eine Art von Retroversio sich herstellt.

Unterhält nun ein derartiger uterus schon an und für sich Reizerscheinungen, die öfters eine Gravidität überhaupt nicht zustande kommen lassen, wie viel mehr wird er imstande sein, der ungehinderten Entwicklung der Gravidität zu schaden? Es wird der Abort in diesen Fällen regelmässig und zwar schon frühzeitig eintreten. Je grösser natürlich die Tumoren und je fester, um so grösser sind auch die Gefahren eines Abortes.

Die eben angeführten Gefahren für die Schwangerschaft finden wir mehr oder weniger bei fast allen Ovarialtumoren, denn dieselben sind ja nur dadurch bedingt, dass die Tumoren eine Raumbeschränkung im abdomen herbeiführen, ganz abgesehen von der Wirkung derselben auf das Allgemeinbefinden. In unsern Fällen kommt nun aber ausserdem noch in Betracht, dass wir es hier mit carcinomatösen Geschwülsten

zu thun haben, die nicht nur lokal sondern auf den ganzen Körper einwirken, die den Zustand herbeiführen, den wir als kachektisch bezeichnen. Wie wir nun bei allen Krankheiten, die die Gesundheit des ganzen Körpers untergraben und zum Marasmus desselben führen, sei es Lues, Tuberkulose der Lungen oder chronische Nierenerkrankungen, sehr häufig Abort eintreten sehen und zwar infolge der damit verbundenen tieferen Störungen der Ernährung und Nerventhätigkeit, so auch bei Carcinom der Ovarien. Von zwei Seiten droht also der Schwangerschaft bei Complikation mit Carcinom beider Ovarien Gefahr und zwar in hohem Grade, die erste durch die Reizungserscheinungen, welche die Tumoren durch Compression oder Verlagerung des wachsenden uterus bedingen, die zweite dadurch, dass die Erkrankung Störungen in der Ernährung des ganzen Körpers herbeiführt. Es erklären sich aus diesen Überlegungen leicht die in den angeführten Fällen eingetretenen Aborte und Frühgeburten; im Fall I und II, in denen wir es sicher mit Frühgeburten zu thun haben — es fehlen leider im Fall II genaue Angaben über die letzte Menstruation — haben wohl beiderlei Schädlichkeiten, im ersten die Verlagerung, im zweiten die Compression des uterus und in beiden zugleich der Marasmus zusammen eingewirkt. In Fall III haben wir den Grund des Abortes wohl hauptsächlich in der mechanischen Compression des uterus zu suchen, im Fall V aber vorzüglich in der mit der Gravidität rapide fortgeschrittenen Kachexie und ferner auch wohl noch darin, dass die Muskulatur des uterus selbst mit Carcinomknötchen durchsetzt war und dadurch das normale Wachstum der Muskelsubstanz beeinträchtigt und die Ausdehnungsfähigkeit des uterus behindert war.

Im Fall IV nimmt es uns sogar Wunder, dass trotz der hochgradigen Alteration des ganzen Organismus die

Schwangerschaft ein normales Ende erreichte und mit der Geburt eines reifen Kindes endigte; es erklärt sich dies vielleicht daraus, dass die Erkrankung erst kurz vor oder sogar nach der Conception angefangen hat, wofür die Angaben der Frau zu sprechen scheinen. Leider finden wir in diesem Falle keine näheren Angaben über den Ernährungszustand der Frau in der letzten Zeit ihrer Gravidität.

Noch leichter aber werden wir die Gefahren für die Schwangerschaft begreifen, wenn wir auf den Einfluss, den die Gravidität auf das Wachstum der Tumoren selbst ausübt näher eingehen. Schon Litzmann hatte die Beobachtung gemacht, dass die Ovarialtumoren hauptsächlich die malignen gerade während der Gravidität zuweilen ein rapides Wachstum zeigen; es ist dann diese Beobachtung später von Spiegelberg und Olshausen bestätigt worden. Es ist dies auch keine so wunderbare Enscheinung, sehen wir doch auch andere Tumoren z. B. Mamma- und Lebercarcinome gerade während der Gravidität rasch Fortschritte machen. Bei Ovarialtumoren ist das noch erklärlicher. Während der Schwangerschaft ist die Blutzufuhr nach den Geschlechtsorganen bedeutend gesteigert und wird damit auch eine stärkere Wachstumsenergie eintreten, vor allem bei Geschwülsten, die an und für sich schon, wie die Carcinome, zu schnellem Wachstum disponieren. Wenn nun durch den Blutreichtum die Musculatur des uterus um das 11fache an Länge wächst, warum sollten es nicht auch die Geschwülste der Sexualorgane?

Unsere Fälle sprechen sämtlich zu Gunsten des rapiden Wachstums der Tumoren während der Gravidität. Die Geschwülste hatten alle bei der kurz nach Beendigung der Schwangerschaft vorgenommenen Section eine ziemliche Grösse erreicht, und war in den meisten Fällen keine Spur mehr von funktionsfähigem Drüsengewebe aufzufinden. Im

I. und II. Falle hatte die Gravidität vielleicht 9 Monate gedauert, im IV. ihr normales Ende erreicht, also 10 Monate, im III. und V. aber nur 6 resp. 4 Monate. In allen weist die Conception darauf hin, dass zur Zeit derselben noch funktionierendes Gewebe da war und nach den Angaben der Patientinnen selbst dürfen wir wohl annehmen, dass die Tumoren zur Zeit der Conception noch sehr klein gewesen sein müssen, denn bei den 4 ersten finden wir vor der Gravidität absolut keine Beschwerden über Druck oder Schwere im Leibe, welche bei einigermassen grossen Tumoren sicher nicht gefehlt hätten; der Tumor, der im V. Falle schon seit längerer Zeit gefühlt war, ist sicherlich wohl auf das Magencarcinom zu beziehen und nicht auf eine Ovarialgeschwulst. Im I. Fall bemerkt Hewlet noch ausdrücklich in einem Zusatze „es ist eine wichtige Thatsache für das Wachstum der Geschwulst, dass die Gesundheit der Patientin in den 7 ersten Schwangerschaftsmonaten eine ungewöhnlich gute war, dass sie absolut kein Symptom vorher gezeigt hatte, welches die Vermutung einer Ovarialerkrankung rechtfertigte"; nur soll der Bauchumfang etwas stärker gewesen sein. Und schon 2 Monate später finden wir Tumoren von 17—18 Pfund! Wir müssen demnach unbedingt die grösste Wachstumsenergie der Geschwülste in die Zeit der Schwangerschaft verlegen, es müssen in der doch teilweise nur sehr kurzen Zeit die Tumoren, wie wir wohl etwa annehmen dürfen, von der Grösse höchstens eines Apfels bis zu der eines Mannskopfes und darüber gewachsen sein.

Wir haben es also bei der Complikation von Schwangerschaft mit doppelseitigem Ovarialcarcinom mit 3 Tumoren im Abdomen zu thun, von denen nicht etwa der eine — wir meinen den wachsenden uterus, — wie einige Autoren behaupten wollten, dem Weiterwachsen der beiden anderen

eine erhebliche Beschränkung setzt, sondern dadurch, dass er selbst wächst, auch ein rapides Wachstum dieser begünstigt. Es steigern sich natürlich damit, da ja die Raumbeschränkung schnell immer grösser wird und weil auch, je schneller die Tumoren wachsen, desto schneller hochgradiger Marasmus herbeigeführt wird, die Gefahren des Abortes.

Es wird deshalb Abort oder doch Frühgeburt bei fast allen Fällen dieser Complikation die Regel sein und muss es zu den grössten Seltenheiten gehören, wenn die Gravidität einmal ihr normales Ende erreicht und ein reifes Kind geboren wird, wie dies im Fall IV gewesen ist; es wird das meist nur möglich sein, wenn die Erkrankung erst in der Gravidität ihren Anfang genommen hat.

Ebenso ungünstig, ja noch ungünstiger als für das Kind gestaltet sich die Prognose für die Mutter. Wie wir oben gesehen, sind die Beschwerden derselben bei der Gravidität äusserst schwere; sie hat, um dieselben noch einmal kurz aufzuzählen, zu leiden an Atmungs-, Verdauungs-, Stuhl- und Urinstörungen, an ascites, Ödemen der Beine, Schwere im Leibe u. s. w. Dazu wird ihr Kräftezustand durch das rapide Wachstum der Tumoren und durch die Gravidität selbst, sowie auch das anhaltende Erbrechen, schnell untergraben.

Es gehört deshalb die Complikation zu den allerschwersten und es ist gewiss die Behandlung eines derartigen Falles zu den härtesten und schwersten Aufgaben des Arztes zu rechnen, zumal wir nicht imstande sind, das Grundleiden radikal wegzuschaffen, sondern nur mit palliativen Mitteln eingreifen können. Die Ovariotomie würde trotz der bestehenden Gravidität berechtigt sein, wird aber meist wegen der Dissemination der Tumoren schon von vornherein ausgeschlossen. In all' unseren Fällen, aus-

genommen den 3., finden wir ausser dem Carcinom in den Ovarien gleichzeitig auch Erkrankungen in andern Organen, sei es im Magen, im Netz oder uterus selbst. Können wir nun aber auch nicht den lethalen Ausgang verhindern, so können wir doch um so glänzender die andern Seiten unseres ärztlichen Wissens entfalten, nämlich Leiden zu mildern und erträglicher zu machen. In dieser Hinsicht kommt zuerst in Betracht die Incision bei bestehendem ascites; dieselbe wird zwar öfter wiederholt werden müssen, verschafft aber eine ungeheure Erleichterung. Wir können auf medikamentösem Wege für Schlaf, auch für die Regelung der Defaekation sorgen, durch sorgsamen Katheterismus einer Harnverhaltung vorbeugen und auf diese Weise, wenn wir auch noch auf eine richtige diaetetische Pflege, eine kräftige Ernährung der Kranken bedacht sind, selbst das Leben verlängern. Steigern sich aber die Schmerzen und ist der exitus letalis nicht mehr allzufern, so haben wir in der richtigen Verwendung des Morphium ein Mittel, die hochgradigen Schmerzen zu unterdrücken und das qualvolle Ende zu mildern. Und gerade in einem solchen Falle ist auch dem Arzte Gelegenheit gegeben, auf das Gemüt der Kranken einzuwirken; er kann durch seinen psychischen Einfluss die Leiden der Kranken erleichtern, sie vor allzu früher Verzweiflung bewahren, ihr immer wieder frischen Mut machen, und darin liegt eine nicht hoch genug zu schätzende Pflicht des Arztes.

Von der Einleitung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft kann wohl bei dieser Complication nicht die Rede sein, denn dieselbe tritt in den meisten Fällen von selbst ein, bedingt beinahe stets die Aufopferung des Kindes und würde die Beschwerden der Mutter wohl kaum erleichtern. Wir können aber, wie Fall IV zeigt, bei einer expectativen Behandlung doch bisweilen ein lebendes Kind zur Welt be-

fördern und darauf ist in diesem Falle das Hauptaugenmerk zu richten, denn das mütterliche Leben ist ja doch so wie so fast immer als ein verlorenes anzusehen.

In Folgendem will ich noch kurz eingehen auf den Einfluss der Complikation auf den Geburtsverlauf und das Wochenbett und die eventuell dabei nötigen therapeutischen Eingriffe. Es wird freilich selten, wie unsere Fälle zeigen, überhaupt zu einer regelrechten Geburt kommen; es tritt ja fast immer Abort oder doch Frühgeburt ein, und dann geht die Ausstossung des foetus, da derselbe meist noch sehr klein und ausserdem abgestorben und deshalb leichter comprimierbar ist, ziemlich ungehindert von statten. Aber selbst bei einer Frühgeburt können sich schon, wie Fall I zeigt, erhebliche Schwierigkeiten einstellen, und es kann ja auch die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen. Sind die Tumoren, wofür Fall IV ein gutes Beispiel bietet, während der Schwangerschaft mit in das abdomen emporgestiegen, so werden sie nur wenig störend auf den Verlauf der Geburt einwirken; sie werden dann durch den ausgedehnten uterus am Herabsinken gehindert sein, also den Geburtsweg nicht verengern können, sondern höchstens, indem sie den uterus zur Seite schieben und dadurch die Richtung des Geburtskanals etwas abändern, eine Verzögerung des ganzen Geburtsverlaufes herbeiführen; es wird die Geburt aber, wenn auch vielleicht nach langdauernder Wehenthätigkeit doch meist durch die Naturkräfte allein beendigt werden.

Anders gestaltet sich die Sache und es können durch die Geschwülste die bedrohlichsten Erscheinungen hervorgerufen werden, wenn dieselben im kleinen Becken liegen geblieben sind; sie bedingen dann eine bedeutende Raumbeengung des Geburtskanals ev. auch Verlagerung des uterus, und auch die Wehenthätigkeit wird bei dem Schwächezustand

der Kreisenden meist gestört sein. Wir werden dann erst kurze Zeit abwarten, auch die Dislocation der Tumoren herbeizuführen uns bemühen. Gelingt uns das nicht und schreitet die Geburt nicht vorwärts, so werden wir, wenn der vorliegende Teil noch hoch steht, die Wendung und Extraction versuchen, oder auch bei schon tief stehendem Kopfe einen Versuch mit der Zange machen. Versagen auch diese Mittel, so müssten wir entweder zur Kraniotomie oder sectio Caesarea unsere Zuflucht nehmen.

Über das Verhalten des Wochenbettes ist nur noch wenig zu sagen. Ist Abort eingetreten, so haben wir den Grund desselben entweder in einem hochgradigen Marasmus des ganzen Körpers der Patientin zu suchen oder in der Grösse der Tumoren; beides zeugt davon, dass die Krankheit schon weit vorgeschritten ist, und es wird deshalb sehr bald nach dem Abort der exitus eintreten, zumal durch denselben noch ein grösserer Blutverlust für die Patientin herbeigeführt wird, und so sehen wir auch im Fall III den Tod schon nach etwa 3 Wochen, im Fall V sogar schon nach 2 Tagen eintreten.

Ebenso steht es bei der Frühgeburt, die Gründe für das Eintreten derselben sind gleiche und es wird schon deshalb der Tod nach derselben nicht mehr lange auf sich warten lassen, cf. Fall II, Tod nach 8 Tagen. Noch beschleunigt kann in diesem Falle der Tod werden durch die Anstrengungen, welche die Geburt selbst mit sich bringt, wie es im Fall I gewesen ist, hier Tod nach 10 Tagen.

Ist die Geburt eine rechtzeitige und geht sie leicht von statten, wie im Fall IV, so wird doch meist bei dem rapiden Wachstum der Tumoren während der Schwangerschaft und dem durch die Geburt bedingten Blutverlust, das letale Ende schon nach kurzer Zeit erfolgen, zumal auch die Geschwülste

während des Puerperiums, wie es im Fall IV objectiv nachgewiesen werden konnte, rapide Fortschritte machen. In unserem Fall tritt der Tod nach etwa einem Monate ein. Stellen sich aber bei der Geburt Schwierigkeiten ein, muss dieselbe auf künstlichem Wege beendigt werden, wofür wir freilich kein Beispiel anführen können, so wird durch die dabei nötigen Operationen das Leben der Kreissenden entweder direct gefährdet oder doch der Kräftezustand derselben auf's äusserste untergraben werden, was natürlich den Tod der schon ohnehin stark heruntergekommenen Frau nur noch beschleunigen wird.

Aus allem geht hervor, dass wir es bei der Complikation von Carcinom beider Ovarien mit Schwangerschaft mit einer der schwersten, ja der schwersten Complikation zu thun haben, welche überhaupt bei Gravidität vorkommt, und wir müssen es deshalb als ein Glück bezeichnen, dass dieselbe eine so seltene ist. Mit unseren therapeutischen Eingriffen aber ist es, wie aus dem Obigen erhellt, sehr schlecht bestellt; wir können hier nicht heilen, sondern nur helfen. Das Carcinom der Ovarien ist, wie der amerikanische Gynaekolog Thomas sagt, in seinem Beginne eine äusserst heimtückische Krankheit, es macht entweder gar keine Symptome oder solche nur in so geringem Grade, dass die Patienten darüber hinwegsehen. Kommt nun noch eine Gravidität hinzu, so greift die Degeneration, wie oben festgestellt, schnell um sich und dann ist es mit einer chirurgischen Behandlung meist zu spät. Die Ovariotomie würde, wenn überhaupt, nur Hilfe bringen können, wenn das Leiden noch ganz lokal ist, und das ist es, wenn die Patienten in Behandlung kommen, fast nie mehr. Vielleicht aber wird es mit der weiteren Ausbildung der Ovariotomie und, wenn auch die Diagnosen-Stellung gerade in den Anfangsstadien

der Krankheit erst eine leichtere sein wird, auch noch dahin kommen, dass auch bei dieser Complikation Abhilfe geschaffen, eine Radikalheilung herbeigeführt werden kann. Vor der Hand müssen wir uns damit begnügen, palliativ einzugreifen, den Kranken ihre Leiden so viel wie möglich erträglich zu machen und den letalen Ausgang, den wir nicht verhindern können, doch so lange als möglich aufzuhalten.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kaltenbach für seine freundliche Anregung und Unterstützung, welche er mir bei der vorliegenden Arbeit zu teil werden liess, sowie für die gütige Überlassung der Krankengeschichte auch an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien. 1886.
2. Spiegelberg. Lehrbuch der Geburtshülfe.
3. Leopold. Die soliden Eierstocksgeschwülste. Archiv für Gynaek. Bd. VI.
4. Hempel. Aus der Klinik zu Breslau. Archiv für Gynaek. Bd. VII. 1874.
5. Lomer. Über Complikation der Geburt durch Ovarientumoren. Archiv für Gynaek. Bd. XIX.
6. Hewlet. Locock in med. chir. transact. Vol. XVIII. 1832.
7. Spiegelberg. Zur Casuistik der Eierstocksgeschwülste und ihre Complikation mit dem Puerperium. Monatsschr. für Gebkd. Bd. XXX.
8. Bruntzel. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1882.
9. C. H. Stratz. Zeitschrift f. Gebkd. u. Gynaek. Bd. XII. 1886.
10. Jetter. Über den Einfluss der Eierstocksgeschwülste auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug. Diss. Tübingen. 1861.
11. Szurminiski. Über solide Eierstockstumoren. Inaug. Diss. Breslau. 1872.
12. Weber. Über Carcinoma ovarii. Inaug. Diss. Halle 1873.
13. Wittrok. Über Ovariencarcinom. Inaug. Diss. Erlangen. 1879.

Lebenslauf.

Verfasser, Martin Bernhard Schubert, kath. Confession, geboren am 8. April 1864 zu Althaldensleben, Regbzk. Magdeburg, erhielt seine erste Schulbildung in seinem Heimatsorte, besuchte dann das Gymnasium zu Neuhaldensleben, später das zu Oldenburg, welches er Michaelis 1884 mit dem Zeugniss der Reife verliess.

Er widmete sich darauf in Halle dem Studium der Medicin, verblieb hier 4 Semester und bestand am 6. August 1886 das Tentamen physikum. In seinem fünften Semester war er Soldat beim „Kaiser Franz Garde Grenadier Regiment" in Berlin, hörte in seinem 6. Semester klinische Vorlesungen in Marburg und in seinem 7. in Würzburg. Ostern 1888 siedelte er zur Fortsetzung und Vollendung seiner Studien wieder nach Halle über und begann daselbst am 20. April 1889 die ärztliche Staatsprüfung. Das Examen rigorosum bestand er am 11. November 1889.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Welker, Bernstein, Eberth, Knoblauch, Vollhard, Solger, Weber, von Volkmann, Kaltenbach, Graefe, Ackermann, Schwarz, Krause Bunge, von Herff, Pott, Seeligmüller, Gurlt, Mannkopf, Roser, Frerichs, Leube, Schönborn, Scanzoni, Kunkel.

Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Trotz carcinomatöser Entartung beider Ovarien kann, solange noch etwas functionierendes Ovarialgewebe vorhanden, die Conceptionsfähigkeit ungehindert fortbestehen.

II.

Bei Gelenkfraturen ist die Beseitigung des intraarticulären Blutergusses von grösster Wichtigkeit.

III.

Bei drohender sympathischer Ophthalmie ist die exenteratio bulbi allen andern Operationsmethoden vorzuziehen.